

Année 1889

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 juillet 1889, à 1 heure

Par P. DE LOSTALOT-BACHOUÉ

Né à Salies-de-Béarn

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

Lauréat des Hôpitaux de Paris

Hôpital des Vieillards de Bicêtre, 1886

Hôpital de l'Hôtel-Dieu, 1887

Hôpital des Enfants-Malades, 1888

Service gynécologique de l'Hôpital Lourcine-Pascal, 1889

Membre correspondant de la Société Anatomique

Membre correspondant de la Société Clinique

Membre correspondant de la Société Médico-pratique

Médecin consultant à Salies-de-Béarn

DES TROUBLES VISCÉRAUX

CONSÉCUTIFS A

L'AFFAIBLISSEMENT DU PLANCHER PELVIEN

CHEZ LA FEMME

Président : M. PETER, professeur.

Juges } MM. TARNIER, professeur.
CAMPENON et MAYGRIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2.

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen **M. BROUARDEL.**

Professeurs **MM.**

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
	{ GUYON.
	{ LANNELONGUE.
Pathologie chirurgicale	CORNIL.
Anatomie pathologique	MATHIAS DUVAL.
Histologie	DUPLAY.
Opérations et appareils	REGNAULD.
Pharmacologie	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale	PROUST.
Hygiène	BROUARDEL.
Médecine légale	LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	STRAUS.
Pathologie comparée et expérimentale	{ SEE (G.).
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	BAILL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses	{ RICHET.
	{ VERNEUIL.
	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DES TROUBLES VISCÉRAUX

CONSÉCUTIFS A

L'AFFAIBLISSEMENT DU PLANCHER PELVIEN

CHEZ LA FEMME

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un grand plaisir que de pouvoir exprimer au début de ce simple et modeste travail, l'expression de profonde gratitude que nous éprouvons pour les maîtres éminents qui, pendant de nombreuses années, nous ont prodigué leurs excellents conseils et leur bienveillance.

Que la famille Gallard avec laquelle je déplore de tout mon cœur la perte irréparable de l'éminent maître dont je devais être l'interne, reçoive l'assurance de mon dévouement pour les nombreuses preuves de sympathie qu'elle m'a données.

Nous devons une reconnaissance toute particulière à notre compatriote M. P. Reclus qui nous a montré tant de bonté et d'indulgence pendant que nous étions son interne ; quoique bien jeune alors dans nos études médi-

cales, nous n'en avons pas moins écouté avec fruit les magistrales leçons de clinique chirurgicale professées par cet éminent maître à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.

Nous sommes heureux de remercier et d'assurer de notre respectueux dévouement nos excellents maîtres MM. L. Labbé, Delens, de Saint-Germain, J. Simon, Picqué qui nous ont éclairé de leurs bons conseils et couvert de leur constante sympathie.

M. le Dr Doléris a été pour nous, non seulement un maître, mais un ami ; il nous l'a maintes fois prouvé ; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Notre excellent maître M. le Dr Pozzi nous a donné tout récemment encore tant de preuve de bonté, que c'est pour nous un véritable plaisir de lui témoigner notre respectueux attachement.

Nous exprimons notre profonde gratitude à M. le Dr Faisans qui nous a montré beaucoup d'amitié ;

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à notre éminent maître M. le professeur Peter qui n'a jamais cessé de nous porter l'intérêt le plus bienveillant depuis le jour où nous avons commencé nos études médicales dans son service jusqu'à ce jour où il nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Il y a quelques années, M. Franz Glénard, de Lyon, a attiré l'attention des cliniciens sur une affection qu'il désigne sous le nom d'entéroptose, et qui a été, de la part de MM. Desnos et Féréol, l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux. Cette affection n'était certainement pas classique au moment où elle a été désignée sous le nom de maladie de Glénard, mais elle avait cependant déjà attiré l'attention de quelques cliniciens qui l'avaient étudiée sous une autre forme. C'est ainsi que M. le Dr Guéniot avait, dès l'année 1878, communiqué à l'Académie de médecine un mémoire sur le « *Prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme* » ; cette affection était caractérisée par : 1° l'exubérance, le défaut de ressort et la chute des couches superficielles de la paroi abdominale ; 2° par la surcharge graisseuse du tissu cellulaire sous-cutané de la région ; cette affection présentait comme phénomène symptomatique : de la douleur, une sensation pénible de tiraillement, de fatigue ou d'accablement, qui, chez beaucoup de malades prenait le caractère syncopal ; M. Guéniot attribuait les causes de cette affection à la marche et aux fatigues prématurées après l'accouchement.

L'auteur signalait la coïncidence fréquente du prolapsus graisseux avec une hernie ombilicale ou inguinale ou

un prolapsus utérin. D'après nos observations, nous sommes à même de considérer comme étant très fréquente cette association morbide du prolapsus utérin et du prolapsus graisseux et nous considérons même la deuxième de ces deux affections comme la complication de la première.

Il n'en serait pas de même si le prolapsus graisseux reposait sur des parois abdominales affaiblies au point de céder à la pression intra-abdominale et de permettre un prolapsus des viscères abdominaux. Sous le nom de *prolapsus pariéto-viscéral*, Guéniot décrit encore un état particulier de la paroi abdominale caractérisé par « le défaut de ressort, et par l'affaissement prononcé ou la chute de la paroi abdominale antérieure » ; la paroi abdominale cède sous la pression intra-abdominale et les viscères n'étant plus soutenus font hernie sous cette paroi prolapsée. Comme on le verra plus loin, il existe la plus grande analogie entre cet état morbide et ce que nous disons de l'affaissement du plancher pelvien ; ce sont les mêmes causes (grossesses répétées ou accompagnées d'une distension excessive de la paroi abdominale, le défaut de soins et les fatigues hâtives après l'accouchement) ; ce sont les mêmes symptômes : « c'est ainsi que les viscères abdominaux, mal soutenus et soumis dans leurs attaches à la traction que provoque leur propre poids, déterminent des douleurs lombaires parfois très vives, des tiraillements pénibles dans le ventre, et un sentiment de faiblesse générale, etc. » ; ce sont là des manifestations de la ptose des viscères, et si M. Glénard a eu le mérite de faire une étude approfondie de ces

symptômes et de les bien grouper, M. Guéniot a celui de les avoir signalés le premier. D'ailleurs, différents auteurs ont aussi traité cette question de la ptose des viscères avant Glénard ; c'est ainsi que Bouchard a décrit la dilatation de l'estomac et lui attribue les symptômes nerveux que l'on observe chez certains malades ; Trastour, Jewell, Bouveret avaient attribué ces troubles nerveux à la dilatation gastro-colique. Nous devons aussi signaler le travail de Hégar « ueber einige Folgezustände Lochgrädiger Erschlaffung der Beckenbauchwand » (sur quelques-unes des conséquences du relâchement de la paroi abdominale (1)).

L'auteur signale comme conséquence du relâchement de la paroi abdominale, le relâchement des muscles diaphragme, releveur de l'an us, ligaments larges et ligaments utéro-sacrés, et péritoine ; la laxité des ligaments agit sur la situation des viscères, et c'est ainsi qu'on voit l'intestin venir faire hernie à travers les téguments sous l'effet d'un allongement du mésentère combiné avec un relâchement de la paroi ; de même, l'estomac n'étant plus soutenu, peut se dilater plus ou moins ; comme conséquence de ces états, Hégar signale les douleurs que certaines femmes éprouvent dans l'abdomen, dans les reins, dans la fosse iliaque ; c'est une sensation de fatigue, de gêne de la miction et de la défécation, l'auteur signale également les douleurs réflexes ayant des sièges divers. Que trouvons-nous dans cette description sinon ce que Guéniot avait écrit avant Hégar, qu'Hégar avait écrit avant Glénard ?

(1) Extrait du : *Deutschen Medicinischen Wochenschrift*.

Si dans certains cas, nombreux il est vrai, l'entéroptose justifie parfaitement l'entité morbide que lui a définie le médecin de Lyon, au point de l'avoir fait rentrer dans le cadre nosologique sous la dénomination de *maladie de Glénard*, souvent la ptose intestinale et les déplacements qui accompagnent l'abaissement de l'intestin ne sont que des épiphénomènes survenus comme conséquence de troubles dans la statique utéro-pelvienne ; c'est ce qui ressort nettement de nos observations prises parmi les femmes malades examinées tant dans la clinique gynécologique du D^r Doléris que dans le service de gynécologie du D^r Pozzi dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant l'année 1889. En consultant le travail très intéressant de M. Glénard, nous avons été frappé de ce fait que 60 fois 0/0 les malades affectés d'entéroptose étaient des femmes, et que le plus souvent l'entéroptose était consécutive à l'accouchement. A notre avis, M. Glénard a peut-être un peu trop négligé le côté gynécologique de la question ; cette lacune est regrettable au double point de vue de l'intérêt pathogénique qui pouvait en jaillir et de l'intervention thérapeutique ; car il est bien certain que sous ce dernier point, les différents moyens de contention tels que la ceinture hypogastrique, par exemple, pouvant parer aux manifestations morbides nombreuses de l'entéroptose, ne doivent être considérés que comme des traitements palliatifs ; les opérations plastiques pratiquées sur le col utérin et les parois vaginales, dans le but de restaurer un périnée insuffisant, doivent être, dans des cas très nombreux, considérées comme le seul

traitement curatif. Il est certain, qu'en établissant une sangle pelvienne artificielle au moyen d'une ceinture hypogastrique dans le but d'opposer une résistance à la pression intra-abdominale chez les malades qui présentent un prolapsus des viscères dû à un affaiblissement du plancher pelvien, on combat uniquement le symptôme et non leur cause, et dès lors l'affection ne saurait guérir.

Dans le court et modeste travail que nous avons entrepris, nous ne ferons que répéter ce que d'autres ont écrit ; nous ne nous sommes spécialement occupé de la question qu'au point de vue gynécologique ; l'étude des prolapsus des organes de la cavité abdomino-pelvienne dus à un abaissement du plancher pelvien comportent quelques considérations pathogéniques et thérapeutiques différentes de ce qui a été dit jusqu'à présent, en supposant que la symptomatologie soit à peu de chose près la même ; la question offre même plus d'intérêt à la gynécologie qui a en sa possession des moyens de guérison plus efficaces (opérations plastiques, colporrhaphie, colpopérinéorrhaphie), que le simple support offert par une ceinture.

DIVISION DU SUJET

1° I. — Considérations anatomiques et physiologiques sur la statique utéro-pelvienne.

2° II. — Causes qui entraînent la dislocation de la statique utéro-pelvienne.

3° III. — Troubles viscéraux qui en sont la conséquence.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554031_0077

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques et physiologiques sur la statique utéro-pelvienne.

Le plancher pelvien doit offrir une résistance considérable pour lutter efficacement contre certaines forces qui tendent à l'abaisser, forces qui dérivent des lois physiologiques auxquelles ce diaphragme pelvien est soumis à partir de l'époque où, l'utérus et ses annexes d'organes rudimentaires et inutiles vont devenir les organes les plus importants de l'organisme féminin. Parmi ces forces, les unes agissent pour ainsi dire d'une façon constante (pression intra-abdominale avec ou sans l'effort, tumeurs, les augmentations de volume et de poids de l'utérus à l'état pathologique, etc.); les autres agissent temporairement (l'accouchement); enfin, indépendamment de ces dernières, il est d'autres forces plus ou moins nombreuses qui agissent de la même façon; nous y reviendrons dans le courant de notre travail; examinons donc dès à présent comment est disposé le diaphragme pelvien pour offrir des conditions de résistance suffisantes.

Pris dans un sens général, le plancher pelvien doit être considéré comme un diaphragme étendu de la symphise pubienne au sacrum; ce diaphragme est divisé en

deux portions, l'une antérieure, ou *segment pubien*, l'autre postérieure ou *segment sacré*, par le vagin cavité virtuelle dont les parois sont normalement appliquées l'une contre l'autre ; le *segment pubien* est attaché lâchement, en avant au pubis, par un amas de tissus cellulo-adipeux qui sépare l'arcade pubienne de la vessie et de l'urèthre. Ce *segment pubien* est constitué par la *vessie*, l'*urèthre*, la *paroi antérieure du vagin* et le *péritoine vésical* ; la paroi postérieure de la vessie est unie à la paroi vaginale antérieure par du tissu aréolaire sans résistance.

Le *segment sacré* est, au contraire, formé de parties très résistantes (rectum, périnée, tissus aponévrotiques et musculaires) ; il s'étend, du sacrum où il est solidement fixé, à la paroi postérieure du vagin, laquelle est unie à la paroi antérieure du rectum par un tissu très lâche. — Si, sur les côtés, ces deux segments se confondent, sur la partie médiane, au contraire, ils sont séparés par le vagin, cavité virtuelle, avons-nous dit, qui cesse de l'être pendant l'accouchement, la position genu-pectorale, et les explorations gynécologiques manuelles ou faites au moyen d'instruments (spéculum, valves, etc.) ; cette cavité vaginale est l'un des points de moindre résistance dans cette architecture destinée à tant de résistance. Cette différence de solidité des deux segments, s'explique aisément par leurs différences dans leurs fonctions physiologiques au moment de la parturition ; le segment pubien est tiré en haut pendant le travail, et le segment sacré est poussé en bas ; ces deux valves, pelvienne et sacrée, pouvant être, suivant la comparaison de Berry Hart, comparée à deux battants de

porte s'ouvrant en sens inverse ; l'action utérine tire en haut le segment pubien et pousse le fœtus en bas contre le segment sacré. Nous voyons donc que les forces physiologiques qui viennent se concentrer sur le plancher pelvien agissent sur sa partie la plus résistante ; la valve postérieure ou sacrée ; ce n'est pas à dire pour cela que le segment antérieur ou pubien n'ait pas aussi à offrir une résistance considérable au poids de l'utérus et des intestins ; ces organes sont peut-être moins soutenus par leurs ligaments propres (péritoine, ligaments ronds, ligaments larges, ligaments utéro-sacrés et muscle rétracteur de Luschka) que par le plancher pelvien tout entier ; aussi, survienne, pour une cause quelconque (traumatisme, accouchements répétés, disproportion du fœtus et du bassin, manœuvres obstétricales, etc.) : une rupture, un affaiblissement du diaphragme pelvien, et l'abaissement des viscères abdomino-pelviens sera pour ainsi dire forcé, entraînant avec lui son cortège de symptômes habituels (voir l'Entéroptose de Glénard) (1) ; l'intégrité des ligaments et moyens de soutien des organes ne sera passuffisante à les maintenir dans leurs rapport connexes ; l'atonie des ligaments continuellement tiraillés par le poids des organes, jointe à la pression intra-abdominale, sera la cause la plus efficace de leur hernie ; en outre, cette hernie viscérale aura naturellement une tendance à se faire surtout du côté de la partie antérieure de la valve périnéale postérieure, point où vient tomber la résul-

(1) *Semaine médicale* d'avril 1886 ; *Progrès médical* de mars 1889 (Revue critique de l'Entéroptose, par M. Raoult, interne des hôpitaux).

tante des forces mises en jeu dans la cavité abdomino-pelvienne.

Nous avons déjà dit que les organes contenus dans le plancher pelvien (vessie, urètre, rectum) sont entourés partiellement ou en totalité de tissu conjonctif lâche destiné à permettre leur contraction (1). Ce tissu aréolaire donne lieu à des lignes de clivage situées dans le plancher pelvien, lesquelles le divisent en plusieurs portions et font qu'il rompt son équilibre sous l'effet d'une pression abdominale violente. Il y a trois lignes de clivage sur le plancher pelvien (Berry Hart).

1° *Physiologiquement*, une ligne de clivage qui passe entre les parois vaginales ; tout ce qui est en avant de cette ligne est tiré en haut pendant l'accouchement.

2° *Pathologiquement*, une ligne de clivage qui passe entre la paroi vaginale postérieure et la paroi rectale antérieure ; tout ce qui est en avant de celle-ci est déplacé en bas dans le prolapsus utérin.

(1) Voir pour l'anatomie du plancher pelvien :

SCHULTZE. Zur Keimtn'ss von der Lage der Eingeweide im weiblichen Becken, *Archiv. f. gynäk.*, Bd. IX, S. 262.

PALMER. Le périnée comme soutien : méthode de périnéorrhaphie et de colporrhaphie : *American journal of obstetric*, juillet 1886.

MARCY. (*The Perineum*).

HART. *The structural anatomy of the Female Pelvic Floor*. Edinburg, 1881.

SCHROEDER. Noch ein Wort über die normale Lage und die Lageveränderungen der Gebärmutter, *Arch. f. gynäk.*, Bd. IX, S. 68.

3° Pendant l'exploration bimanuelle, une ligne de clivage qui passe entre les parois rectale antérieure et postérieure ; en effet, tout ce qui est en avant de celle-ci, est déplacé pendant l'examen bimanuel recto-vaginal.

Le rôle de support qui est dévolu au plancher pelvien est en relation directe avec les organes qui reposent sur lui, et, parmi ceux-ci, nous avons principalement en vue l'utérus ; il existe une solidarité anatomique et physiologique entre cet organe et ses moyens de fixation et le diaphragme musculo-aponévrotique sur lequel il repose ; dans d'autres termes, l'intégrité absolue du plancher pelvien dépend de l'intégrité de l'organe de la gestation et de ses ligaments ; dans certains cas, l'altération primitive du périnée (déchirure, distension exagérée), entraînera secondairement l'altération de l'utérus (tiraillement et atonie des ligaments, abaissement et déviations utérines, engorgement, congestions passives de l'utérus, hernies viscérales, entérocéles, rectocèle, cystocèle, allongement hypertrophique du col). Dans d'autres circonstances, c'est la lésion utérine et ligamenteuse due, soit à des états gravidiques répétés, soit à l'inflammation entraînant elle-même une atonie et même une paralysie des fibres musculaires, soit à la subinvolution, ou à des congestions passives de l'utérus, et une augmentation de volume et de poids de l'organe entier. Ces divers états ont pour action de rompre ou d'affaiblir la solidarité qui existe normalement entre le plancher pelvien et l'utérus ; celui-ci, n'étant plus soutenu par ses parties supérieures, latérales et postérieures (ligaments ronds, ligament de Douglas, ligaments utéro-sacrés et muscle rétracteur

de Luschka) se place dans des situations vicieuses qui altèrent la statique utérine normale et modifient l'action des forces qui agissent en déprimant le plancher pelvien (1).

(1) Voir pour l'étude de la situation normale de l'utérus :

CHIARI, BRAUN et SPAETH. *Clinique d'accouchement*, 1885, p. 375

BEUNET. On antelexion of the uterus considered, as a normal anatomical condition : *Dublin, Quaterly journal*, 1857, p. 314.

SCHULTZE. *Déviation utérines*.

WINCKEL. *Pathol. u. Therap. des Wochenbetts*, Berlin, 1866, p. 290.

SCHUEDER. *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*.

PANAS. *Arch. gén. de médecine*, 1859.

DOLÉRIS. Leçons sur les déviations utérines. *Pratique médicale*, janvier 1889.

CHAPITRE II

Causes qui entraînent un affaiblissement du plancher pelvien.

1° *Déchirure du périnée.* — Certaines déchirures du périnée, comprenant soit l'orifice vaginal, le vestibule, la fourchette ou les petites lèvres, la déchirure inévitable de Matthews Duncan, lorsqu'elles sont peu étendues, ne sont pas suffisantes dans la plupart des cas pour entraîner une dislocation de la statique utéro-pelvienne ; mais il en est tout autrement de ces ruptures profondes comprenant le sphincter anal et tout le corps périnéal, de ces ruptures centrales qui entament tout l'angle inférieur du segment sacré ; au moment de l'accouchement il se produit souvent une déchirure du col au niveau de l'orifice externe, et siégeant généralement à gauche ; cette déchirure peut n'exister qu'à l'état de simple ulcération plus ou moins limitée ; mais parfois, on la voit empiéter sur toute la portion vaginale du col, et s'étendre même à toute la charpente musculo-aponévrotique du plancher pelvien ; aussi n'est-il pas rare de voir chez de nombreuses femmes qui viennent nous consulter pour un prolapsus ou une déviation utérine, des traces cicatricielles facilement appréciables au toucher et qui font

que du côté lésé le museau de tanche se continue presque directement avec le cul-de-sac vaginal ; on comprend dès lors qu'une altération semblable entraîne un affaiblissement du plancher pelvien tel, que sous l'influence de la pression intra-abdominale, d'accouchements ultérieurs, de déviations utérines, il survienne un affaissement du plancher propre à favoriser les hernies viscérales ? Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle prépondérant du périnée comme moyen de support, dans la statique utéro-pelvienne. Pour *Barnes*, la paroi postérieure du vagin et le périnée constituent le véritable moyen de soutien ; *Courty* considère au contraire que les ligaments suspenseurs de l'utérus jouent le plus grand rôle pour la statique pelvienne ; pour *Beigel* et *Savage* (*Transactions of the obstetric Society*, London, vol. X, p. 235), il y a connexité d'action entre les ligaments utéro-sacrés, les ligaments larges et le tissu cellulaire pelvien ; mais à l'action de ces derniers, il faut aussi ajouter le périnée et le vagin qui forment un support, lorsqu'il y a défaut de résistance des moyens précédents ; suivant *Savage*, il faut qu'il y ait destruction successive ou simultanée de ces moyens de soutien pour que les abaissements viscéraux se produisent.

2° La déchirure du périnée étant mise de côté, le simple passage d'une tête volumineuse ou d'un occiput qui a effectué son mouvement de rotation en arrière (dans les occipito-postérieures), le passage des épaules peuvent occasionner une distension du périnée telle, que les muscles puissent être atteints dans leur tonicité ; c'est là

une cause d'affaiblissement musculaire du diaphragme pelvien que l'on observe assez fréquemment chez certaines femmes qui ont eu un ou plusieurs accouchements pénibles, et qui affectent une sorte de prédisposition aux présentations laborieuses ; il est bien entendu que les conditions d'affaiblissement du plancher pelvien seront encore mieux requises, si aux complications précédentes vient s'ajouter la déchirure du périnée due tantôt à l'étroitesse de l'arcade pubienne, tantôt à la conformation même du bassin (plat ou rachitique). La rigidité des parties molles chez les primipares âgées, une application de forceps mal faite, l'introduction trop brusque de la main dans le vagin pour abaisser les bras pendant la version, peuvent encore agir en tant que causes déterminant des déchirures périnéales et consécutivement un affaiblissement du plancher pelvien ; ajoutons à ces causes un agent qui vient jouer souvent un rôle prépondérant, l'inflammation ; si, étant donné qu'il existe une perte de tonicité des plans musculo-aponévrotiques du plancher pelvien il survient une inflammation de l'endomètre soit peu de temps après l'accouchement, soit plus tard, le muscle utérin et ses prolongements ligamenteux s'en trouveront au moins parésiés sinon paralysés en vertu de cette loi de Stokes qui veut que tout plan musculaire situé au-dessous d'une muqueuse enflammée se paralyse ; cette inflammation favorisera la subinvolution et l'augmentation de poids de l'utérus ; le relâchement des ligaments favorisera l'hypertrophie congestive du col qui aidera elle-même à l'abaissement du col de l'utérus.

A ces causes viennent s'en ajouter d'autres plus ou moins efficaces ; telles sont les grossesses répétées ; mais il nous semble que l'action de cette dernière cause ne doit être acceptée qu'à la condition de faire intervenir une cause générale accessoire , la *débilité organique* ; il est indéniable que certains sujets présentent une faiblesse générale des tissus, et dans ces cas l'on pourra observer avec un affaissement du plancher pelvien, la coexistence d'autres manifestations de cette faiblesse organique, telles que amincissement exagéré et affaiblissement de la paroi abdominale, abaissement des viscères abdominaux, foie, rein, intestin, l'existence d'une hernie inguinale, crurale ou ombilicale ; toutefois il faut faire des réserves pour les cas où la masse intestinale aura tendance à faire hernie vers les parois abdominales ; Guéniot, dans l'affection qu'il a décrite sous le nom de *prolapsus pariéto-viscéral*, a constaté que lorsque l'intestin était prolapsé dans la poche formée par les parois abdominales amincies et affaiblies, il était rare de constater l'existence ailleurs d'une hernie intestinale ou d'un prolapsus utérin ; le contraire, c'est-à-dire la coexistence de hernies pelviennes et d'affaissement du plancher pelvien se rencontrerait souvent dans le *prolapsus graisseux* de la paroi abdominale (Guéniot).

La *réplétion* et l'*inflammation du rectum*, les *exercices violents*, constituent également des causes d'un ordre tout à fait secondaire (Dolérís).

La *constipation*, en distendant le rectum, agit en repoussant l'utérus et le segment sacré du diaphragme pelvien. La *rectite* peut agir en parésiant, non seulement la musculature de l'intestin, mais encore celle des tissus

ambiants qui prennent plus ou moins part à l'inflammation, d'où relâchement des ligaments utéro-sacrés, relâchement de la paroi recto-vaginale, et comme résultante, abaissement de l'utérus.

Les exercices violents, bien supportés par certaines femmes douées d'une musculature puissante, peuvent devenir une cause d'affaiblissement musculaire chez des femmes chétives, affaiblies, comme on en rencontre dans les grandes villes, et à Paris spécialement ; la marche, l'exercice même modéré sitôt après l'accouchement, ainsi qu'on l'observe souvent chez des femmes très actives, interviennent ici comme des causes les plus fréquentes, les plus fréquentes même de l'affaissement du plancher pelvien, les 3/5^e des femmes qui sont atteintes de prolapsus utérin et d'autres organes l'accompagnant, sont des malades qui se sont levées le 3^e ou le 4^e jour après l'accouchement, et quelquefois plus tôt.

Des considérations dans lesquelles nous sommes entrés précédemment, nous sommes en mesure de conclure que le déplacement des organes de la cavité abdomino-pelvienne ainsi que les symptômes qui en sont le cortège habituel, ne peuvent être considérés dans bon nombre de cas, comme des affections protopathiques, mais que ces affections doivent être précédées ou accompagnées d'autres lésions résidant dans le support pelvien. Accorder une importance prédominante au fait des déplacements viscéraux est logique au point de vue clinique, car c'est bien là le nœud de la maladie, mais au point de vue de la pathogénie et surtout de la thérapeutique, les déplacements viscéraux ne se séparent pas des conditions morbides qui les ont préparés ou produits.

Ainsi, le prélude, le fond pathogénique même des prolapsus viscéraux et de leurs manifestations morbides peut être : 1° L'affaissement du plancher pelvien comprenant le péritoine, le fascia pelvica, et les ligaments utérins ; cet affaissement est le plus souvent partiel en ce sens qu'il porte sur le segment antérieur ou pré-utérin, le segment postérieur ou rétro-utérin ou même seulement sur les muscles, le fascia pelvica, ou les parois vaginales. L'effondrement en masse ne peut guère se produire que par l'effet d'une violence exercée du ventre vers le périnée sur l'ensemble des organes pelviens.

2° S'il arrive qu'une lésion vienne affaiblir ou détruire la portion inférieure de la masse pelvienne, c'est-à-dire le périnée, la lésion, bien que partielle, peut entraîner des désordres généraux dans l'équilibre utéro-pelvien, en ce que, le soutien extérieur étant compromis, le soutien interne cède devant la pression intra-abdominale ; mais il peut arriver aussi que le trouble reste partiel, et que le plancher pelvien, aidé des connexions solides entre les organes, suffise à sa tâche. Dans ce dernier cas, le vagin seul ou le périnée porteront la trace d'une lésion persistante : rectocèle, périnée cicatriciel, etc. (extrait des leçons de Doléris sur les déviations utérines) ; contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, Berry Hart et Barbour émettent cette opinion que la déchirure du périnée n'a peu ou même pas d'action sur l'abaissement de la vessie, de l'utérus et des parois vaginales.

Dans un mémoire lu à la Société obstétricale d'Édim-

bourg en 1875 (1), Duncan prétendait que le périnée ne constituait nullement un des supports de l'utérus, et que conséquemment, la rupture périnéale ne pouvait être considérée comme une cause de prolapsus utérin. G. Thomas pense aussi que le périnée n'est pas le vrai support de l'utérus, mais il croit que la destruction du plancher périnéal enlève aux parois vaginales un moyen important de construction ; d'après G. Thomas, le vagin intact constitue un excellent moyen de contention de l'utérus.

Pour Schröder, le point faible du diaphragme pelvien est le vagin ; l'allongement du vagin, le relâchement de ses parois et des organes limitrophes, ainsi que celui du tissu conjonctif qui l'en sépare sont la véritable cause du prolapsus de l'utérus et des organes de la cavité pelvienne.

Suivant Hoffmann (2), après l'accouchement, le vagin ne revient sur lui-même que d'une manière incomplète ; il reste plus long et plus large, et ses parois se plissent plus facilement ; les tissus qui relient le vagin aux organes voisins, restent relâchés dans les premiers temps, et lorsque les circonstances s'y prêtent, la muqueuse vaginale vient se mettre dans la fente vulvaire, et la partie inférieure du vagin est bientôt prolabée.

Il peut enfin arriver que l'affaiblissement, la rupture s'exerçant dans la zone intermédiaire au plancher pelvien et au périnée, c'est-à-dire dans les parois même de la portion vaginale du col, la paroi vésicale, la paroi vagi-

(1) *Transactions of the obst. Society*, vol. II, p. 269.

(2) Voir J. VEIT, p. 146.

nale antérieure ; dans ce cas, comme dans le précédent, ou bien les lésions (déchirures du col, cystocèle), restent localisées, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, elles suffisent à entraîner des modifications fâcheuses dans la statique utéro-pelvienne.

En somme, dans ces trois alternatives, le clinicien peut se trouver en présence de lésions partielles ayant modifié peu ou point l'équilibre utéro-pelvien ; ou bien, il rencontre, et cela dans la grande majorité des cas, un ensemble de lésions, les unes primitives, les autres secondaires, mais actuellement inséparables aussi bien au point de vue morbide que thérapeutique.

A l'état normal, la cavité abdomino-pelvienne est exactement remplie par la masse des viscères qui l'occupent ; la pression intra-abdominale a pour action de refouler ces viscères dans le petit bassin, dans la cavité de Douglas, mais il intervient, indépendamment de la résistance offerte par la sangle pelvienne, des conditions qui relèvent, soit de la pression intra-abdominale elle-même, soit de l'influence de l'inclinaison du bassin, soit enfin de l'influence du type respiratoire et de l'action du corset (1).

A. *Influence de la pression intra-abdominale.* — La pression intra-abdominale peut être représentée par une verticale qui vient tomber dans la moitié antérieure du plancher pelvien, dans le segment pubien du plancher ; une partie de cette force vient s'épuiser sur la vessie et

(1) Leçons sur les déviations utérines en *pratique médicale*, de janvier 1889.

la face postérieure de l'utérus, l'autre partie vient tomber dans le cul-de-sac de Douglas, suivant une ligne de clivage comprise entre la paroi vaginale postérieure et la paroi antérieure du rectum ; pendant l'effort, la pression intra-abdominale est à son maximum d'intensité ; l'antéversion normale de l'utérus est augmentée, et cette antéversion a pour action d'offrir un plan incliné à la presse abdominale qui vient mourir brisée sur le segment postérieur du ~~diaphragme~~ pelvien ; c'est là du moins ce qui se passe pendant l'effort expiratoire ; mais peut-être n'a-t-on pas assez réfléchi à ce qui se passe dans l'effort inspiratoire ; dans ce cas, la pression intra-thoracique étant à son maximum, la pression intra-abdominale est à son minimum, et la vessie et l'utérus subissent un mouvement de recul grâce à la contraction de la sangle abdominale ; ce mouvement de recul peut n'avoir aucune conséquence fâcheuse grâce à la vigilante contraction des ligaments antérieurs pubiens ; mais, supposons une circonstance contraire à cette connexité d'action, une surprise de l'organisme telle que celle qui résulte d'un choc violent, on comprend que, s'il existe déjà des conditions favorables aux déviations, une certaine laxité des ligaments, il se puisse produire un prolapsus brusque ; il en existe des observations rapportées par M. Doléris chez des femmes très jeunes, primipares ou vierges, à la suite de l'équitation et de violents cahots de voiture (chute pendant les règles (Huguier), saut à la corde (Dupuy) ; qu'on la considère pendant le repos des muscles ou sous l'effort, la pression abdominale ne saurait s'exercer d'une façon favorable, ou tout au moins neutre, par rapport à

la statique utéro-pelvienne, sans l'intervention d'un certain nombre de conditions organiques ou fonctionnelles, parmi lesquelles il faut compter en première ligne : la mise en jeu de la musculature, accessoire sur lequel nous avons déjà insisté, l'inclinaison du bassin chez la femme, le type respiratoire qui lui est propre.

B. *Influence de l'inclinaison du bassin.* — La masse utéro-vésicale continuant le plan de la paroi abdominale, le véritable fond de la cavité pelvienne se trouve correspondre à la région de Douglas, c'est-à-dire au périnée postérieur et au sacrum ; c'est sur cette région que vient mourir une bonne partie des pressions destinées à l'utérus. La condition sine qua non de ce fait dérive de l'obliquité du bassin, grâce à laquelle l'utérus présente sa face postérieure sur un plan oblique. Si l'on suppose par la pensée le bassin horizontal, on comprendra quel sera le résultat de cette disposition : la pression abdominale se répartira à peu près également en avant et arrière de l'utérus, d'où résultera un équilibre instable qui aura pour conséquence une tendance permanente au renversement en arrière. Chez les petites filles, jusqu'à la puberté, le bassin offre une inclinaison moindre en rapport avec le peu de développement de l'utérus ; c'est au moment de l'accroissement de l'utérus que l'inclinaison du bassin se fait ; à cette époque la cambrure lombaire s'accroît et le bassin devient plus vertical.

Le type respiratoire costo-supérieur propre à la femme semble aussi être en rapport avec le développement complet de l'organe de la gestation ; tandis que chez la

femme adulte, nous voyons ce type respiratoire exister et devenir une cause d'amoindrissement de la pression intra-abdominale, chez les petites filles et jusqu'à la puberté, la respiration est abdominale, coïncidence qui s'accorde bien avec l'état puéril de l'utérus, la vessie exceptée; c'est donc, d'après les observations du Dr Doléris, à qui nous empruntons ces considérations physiologiques, au moment du passage de l'enfance à la puberté que s'établit la transformation du type respiratoire.

M. le Dr Doléris, dans les leçons sur les déviations utérines, qui ont été publiées dans la *Pratique médicale* de janvier 1885, croit que c'est d'instinct plutôt que par coquetterie que les femmes sont arrivées à faire usage du corset; à l'état normal, en dehors de l'effort, le corset est un obstacle au libre fonctionnement de la cage thoracique, et une cause de pression sur le plancher pelvien; mais survienne un effort, et la pression intra-abdominale exagérée qui refoule la masse intestinale sur le plancher pelvien sera très affaiblie par ce diaphragme artificiel interposé entre la cavité thoraco-abdominale et la cavité abdomino-pelvienne.

Telles sont les conditions qui, à l'état normal, en dehors de toute altération du plancher pelvien, s'opposent à l'action de la pression intra-abdominale, action qui deviendra dangereuse dans d'autres circonstances.

Qu'il survienne un affaissement du plancher pelvien et dès lors la pression intra-abdominale poussera en bas toute la partie du plancher pelvien située en avant de la

paroi rectale antérieure ; cette partie abaissée comprendra le segment pubien, l'utérus et la paroi vaginale postérieure ; quand la pression intra-abdominale est excessive, voici ce que l'on observe : 1° un abaissement de la paroi vaginale antérieure commençant en bas pour finir en haut ; 2° abaissement de l'orifice utérin ; 3° abaissement de la paroi vaginale postérieure qui descend, la partie supérieure la 1^{re} et la partie inférieure la 2^e. Il en résulte que la vessie et le rectum sont abaissés, le vagin renversé ou retourné au dehors, et le petit intestin descendu en même temps dans le bassin ; ce n'est pas à proprement parler un prolapsus de l'utérus, mais bien une hernie, analogue en tous points à une hernie fémorale ; voici d'après Hart et Barbour comment est constituée cette hernie ; on trouve : 1° *un sac*, qui est le péritoine ; 2° un chemin tout tracé dont les limites sont : a) en avant, la symphyse pubienne ; b) en arrière, la portion du segment sacré du segment pelvien qui s'étend depuis la paroi antérieure du rectum jusqu'au sacrum ; c) les parois latérales ; 3° des parties enveloppantes, c'est-à-dire : a) le segment pubien du plancher pelvien ; b) l'utérus ; c) la paroi vaginale postérieure ; comme toutes les hernies, le sac de celle que nous étudions contient le petit intestin ; cet abaissement du paquet intestinal ne saurait évidemment se produire sans exercer des tiraillements du péritoine et des ligaments qu'il constitue aux organes de la cavité abdominale ; ce sont précisément ces tiraillements qui sont la cause des troubles nombreux et des douleurs siégeant à une plus ou moins grande distance du corps ; c'est alors que l'on voit apparaître les différentes mani-

festations morbides de l'entéroptose ; cette hernie vaginale de l'intestin peut être soit antérieure, soit postérieure ; l'entéroccèle vaginale peut être à la fois antérieure et postérieure ; l'intestin peut être fortement abaissé entre la paroi postérieure de la vessie et la paroi vaginale antérieure, ou bien entre la paroi vaginale postérieure et la paroi rectale antérieure ; on trouve alors une tumeur faisant saillie dans le vagin, et portant sur l'une ou les deux parois ; l'entéroccèle vaginale ne coïncide généralement pas avec un prolapsus de l'utérus ; celui-ci se rencontre dans sa situation normale ; par le toucher rectal on peut distinguer l'entéroccèle vaginale de la rectocèle ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que ces hernies de l'intestin donnent lieu aux mêmes symptômes que ces grosses hernies inguinales que l'on observe chez les vieux herniaires et qui se traduisent par des névralgies multiples, une sensation de faiblesse dans les reins, des tiraillements du côté des attaches du foie, de la rate, de l'estomac, état nerveux, etc.

On comprend donc comment pourra agir une ceinture hypogastrique sinon qu'en maintenant la masse des viscères contre l'action de la presse abdominale, en rétablissant une sangle pelvienne artificielle, la sangle naturelle se trouvant insuffisante ; la ceinture agit dans ce cas au même titre que le bandage herniaire ; ici encore le parallèle peut être établi au point de vue thérapeutique ; nous voulons dire que les opérations plastiques (colporrhaphies) colpopérinéorrhaphies, opérations plastiques pratiquées sur le col, opération d'Alquier-Alexander isolée ou combinée aux opérations précédentes constitueront la

cure radicale de ces hernies à côté du traitement palliatif offert par la ceinture hypogastrique, de même que l'opération sanglante d'une hernie inguinale, fémorale ou ombilicale, constitue la cure radicale opposée au port d'un bandage herniaire.

CHAPITRE III

Manifestations pathologiques qui sont la conséquence de l'affaiblissement du plancher pelvien.

Les manifestations pathologiques qui résultent de l'abaissement du plancher pelvien peuvent se diviser en *symptômes objectifs et subjectifs* :

a. — *Symptômes objectifs* : Parmi ces symptômes, les uns se manifestent au niveau même du plancher pelvien, les autres en des points plus ou moins éloignés.

1° *Signes apparents au niveau du diaphragme pelvien.*

— Ils consistent dans le prolapsus d'un ou plusieurs organes qui font partie de la statique utéro-pelvienne ; tels sont : *l'amincissement exagéré du périnée, les traces cicatricielles siégeant ordinairement au niveau de la fourchette* ; la largeur et la flaccidité du vagin avec ou sans prolapsus d'une ou de plusieurs de ses parois, antérieure, postérieure ou latérale ; la hernie de la vessie et du rectum, l'entérocele vaginale, l'abaissement avec ou sans déviation de l'utérus et de ses annexes, l'augmentation de poids et de volume du corps de l'utérus due à la congestion passive ou l'allongement hypertrophique du col ; la simple mobilité anormale de l'utérus, le pro-

lapsus complet de l'utérus ; toutes ces différentes modifications dans l'architecture de la statique pelvienne retentissent plus ou moins sur les viscères situés au-dessus du plancher pelvien en entraînant des troubles qui auront leur siège à des distances plus ou moins éloignées de ce plancher.

Amincissement exagéré du périnée. — A l'état normal et en dehors de toute modification pathologique du périnée, lorsqu'on introduit le pouce dans le vagin et l'index dans le rectum et que l'on comprime entre ces deux doigts le périnée, c'est-à-dire la terminaison de la cloison recto-vaginale, on sent que cette cloison est ferme, résistante, élastique ; le plan suivant lequel est située la fourchette se continue directement et sans anfractuosités avec la paroi postérieure du vagin ; en outre on constate que la fourchette est séparée de l'anus par une distance de 4 à 4 1/2 centimètres environ. Lorsqu'il existe un amincissement exagéré du périnée, celui-ci n'offre plus aux deux doigts introduits par le vagin et le rectum l'élasticité et la résistance normales ; on note immédiatement en arrière de la fourchette une dépression angulaire plus ou moins profonde qui permet quelquefois l'introduction de l'extrémité du doigt. La paroi postérieure du vagin se continue à angle droit avec la fourchette ; la distance qui sépare l'anus de l'entrée du vagin n'est plus parfois que de 2 1/2 à trois centimètres, le périnée présente des traces cicatricielles partant de la fourchette et se dirigeant verticalement en bas ou latéralement suivant la direction de la déchirure primitive. Ces traces cicatricielles s'étendent également plus ou moins

loin suivant l'étendue de la déchirure périnéale ; on peut noter depuis de simples points de cicatrice jusqu'à des travées qui s'étendent de la fourchette à l'anüs (déchirure du sphincter).

Ces traces de cicatrice coïncident également avec d'autres altérations qui sont : la largeur, la flaccidité et la béance du vagin ; celui-ci est mou, peu résistant ; le doigt en écarte les parois avec la plus grande facilité et si l'on recommande à la malade de faire des efforts comme pour l'accouchement, la cavité vaginale est comblée immédiatement par une ou deux tumeurs plus ou moins volumineuses ; ces saillies sont ridées transversalement, très dépressibles et présentent la coloration normale du vagin, c'est la *rectocèle* ou la *cystocèle* ou bien les deux combinées, et constituées par la hernie de la vessie et du rectum sous les parois vaginales ; parfois la hernie antérieure occupe toute l'étendue de la paroi antérieure du vagin depuis le col jusqu'au méat urinaire ; la cystocèle est alors compliquée d'uréthrocèle ; cet abaissement des parois vaginales occupe souvent les parois antérieure-postérieure et latérales.

Dans ce cas les culs-de-sac vaginaux sont effacés. Cet effacement du cul-de-sac a pour conséquence la disparition de la saillie que le col fait normalement dans le vagin ; cet état des parois vaginales accompagne le prolapsus de l'utérus, celui-ci est plus ou moins accusé depuis le simple abaissement jusqu'au point de faire issue à la vulve ; dans les cas extrêmes l'utérus pend entre les jambes de la malade et le doigt introduit entre le fond de l'organe et le vagin peut sentir les ligaments tendus autour de lui

ainsi que les annexes qui sont également prolapsées.

L'utérus en prolapsus affecte des positions variables : il peut être en rétroversion avec ou sans flexion en antéflexion ; mais nous ne faisons que signaler ici le prolapsus de l'utérus qu'à titre de conséquence de l'affaissement du plancher pelvien. Pour l'étude complète de la question nous renvoyons aux auteurs classiques et principalement à l'ouvrage de Schultze (*Des déviations utérines*). Signalons encore les divers états du col qui peut être augmenté de poids et de volume, soit dans sa portion vaginale, soit dans sa portion supra-vaginale, soit la portion intermédiaire ; ces différentes modalités du col rentrent souvent pour une bonne part dans la pathogénie de l'affaissement des parois vaginales.

L'entérocele vaginale, bien que son étiologie soit peu connue, est quelquefois une des manifestations symptomatiques de l'affaissement du plancher pelvien et du relâchement du péritoine. Par le toucher rectal, on sent entre la paroi rectale antérieure et la paroi vaginale postérieure comme une tumeur molle, mobile, qui donne à la pression le gargouillement caractéristique de la hernie de l'intestin ; par le toucher on la distingue facilement de la rectocèle ; il est moins facile de reconnaître l'entérocele vaginale antérieure qui est d'ailleurs rare relativement à la première.

Disons enfin que l'inflammation qui vient s'ajouter le plus souvent à ces divers états, ne contribue pas peu à faire éclore les troubles subjectifs plus ou moins éloignés.

2° *Symptômes se manifestant en des points plus ou moins éloignés du plancher pelvien.*

C'est ici que nous retrouvons les mêmes manifestations morbides que dans la maladie de Glénard ; les signes sont objectifs et subjectifs.

Symptômes objectifs. — Ce qui frappe d'abord chez la plupart des malades, c'est un épaissement très considérable de la paroi abdominale, cet épaissement est formé par l'accumulation de tissu cellulo-adipeux sous la peau, parfois cette accumulation de graisse est telle que le ventre s'étale en besace ; c'est le prolapsus graisseux de Guéniot. Comme cet éminent gynécologue, nous avons d'ailleurs noté que le prolapsus graisseux ne s'accompagnait pas d'affaiblissement de la paroi musculaire de l'abdomen chez les femmes qui ont un abaissement du plancher pelvien. Cette polysarcie n'est d'ailleurs pas limitée à l'abdomen, le corps entier est considérablement augmenté par cette accumulation de graisse. On peut voir certaines femmes arriver à peser une fois et demi de plus que leur poids normal ; cet état est évidemment le résultat d'un ralentissement de la nutrition ; le repos absolu, l'inactivité auxquels sont soumises les patientes en sont la cause. Les phénomènes d'assimilation et de désassimilation ne se faisant plus, on voit survenir de la gravelle urique, des coliques hépatiques, etc.

Nous avons également noté chez les malades de nos observations, en le recherchant suivant les indications de M. Bouchard, le clapotage stomacal ; nous l'avons trouvé maintes fois à plusieurs centimètres au-dessous de l'ombilic ; la corde colique, la mobilité du rein sont également

notés dans nos observations; nous n'avons pu constater de l'abaissement du foie, bien que des tiraillements douloureux au niveau des attaches de l'organe nous aient conduit à pousser de ce côté nos investigations. Nous n'avons pas noté ce soulagement subit qu'éprouvent les malades atteints d'entéroptose lorsqu'on les soumet à *l'épreuve de la sangle*. Mais le port d'une ceinture hypogastrique a déterminé les mêmes effets. Disons en passant que l'épreuve de la sangle consiste à placer le malade devant soi et à offrir un support aux organes de l'abdomen en les soulevant au moyen des bras passés en cercle autour de l'abdomen. D'après Glénard, cette manœuvre amène un bien-être subit en faisant cesser les tiraillements douloureux.

Symptômes subjectifs. — Les symptômes subjectifs sont très variables, les différents organes situés au niveau ou au-dessus du diaphragme pelvien sont le siège de troubles douloureux très pénibles pour la malade. Ce sont des souffrances du côté de la vessie accompagnées parfois de mictions fréquentes. Ces douleurs qui s'irradient parfois vers les uretères et les reins sont dues soit à la congestion passive dont la vessie est le siège à la suite de son déplacement (cystocèle), soit à sa compression par l'utérus en antéflexion, soit enfin à l'existence de gravelle urique, ainsi que nous l'avons dit plus haut; une constipation opiniâtre, des souffrances du côté du tube digestif, notamment des défécations difficiles et douloureuses accompagnent très souvent la dislocation de la statique utéro-pelvienne. Signalons encore les douleurs dans les fosses iliaques, dans tout l'abdomen,

le long du côlon ascendant, descendant et transverse, les sensations de tiraillements autour de l'ombilic, au creux épigastrique, la sensation de faiblesse dans les reins au niveau des attaches du foie, les phénomènes gastralgiques avec ou sans vomissements, de dyspepsie flatulente accompagnée d'oppression, de bouffées, de sensation de brûlure et que l'on attribue généralement à l'état nerveux. On voit survenir également des manifestations d'ordre purement nerveux, telles que des crises hystériformes, des palpitations, de l'insomnie, des névralgies réflexes, intercostales, faciales, sciatiques. Nous avons souvent constaté les douleurs faciales sous forme d'hémicrânie.

Le moral des malades est fâcheusement affecté, on note de l'inégalité dans le caractère, rires nerveux se terminant par des larmes abondantes; parfois il survient de l'hypochondrie.

Tels sont les nombreux et différents symptômes que nous avons observés; ce sont les signes caractéristiques de l'entéroptose, et qui ont été divisés par M. Glénard en S. asthéniques, mésogastriques, gastriques, névrosiformes. Nous avons considéré tous ces phénomènes morbides comme ayant un point de départ différent. Il est de fait un point des plus importants et sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est l'origine très fréquente de ces affections multiples dans la statique pelvienne, origine qui passe trop souvent inaperçue; cette connaissance a un côté très pratique, car elle montre que ces souffrances qui ont pendant des années résisté aux moyens internes, aux bains, à l'hydrothérapie, à l'électri-

cité, ou dont on a obtenu que de très passagères améliorations, disparaissent avec une rapidité surprenante par un traitement gynécologique approprié (colporrhaphie, colpopérinéorrhaphie, hystéropexie, opération de Schröder pour l'abrasion de la muqueuse cervicale dégénérée).

Il serait très intéressant de nous occuper ici des moyens que nous fournit la gynécologie pour remédier aux troubles de la statique utéro-pelvienne, mais ce sujet nous entraînerait trop loin. On consultera avec fruit à ce sujet les auteurs qui ont traité des différents procédés d'opérations plastiques sur le plancher pelvien, et parmi ces auteurs nous citerons Hégar et Kaltenbach, l'ouvrage de Martin, Marcy (*The perineum*), *Palmer*, le manuel de Schröder, Berry Hart et Barbour.

Notre unique but dans ce modeste travail a été d'essayer d'éclairer un point qui a passé trop inaperçu dans la pathogénie des nombreuses et différentes manifestations morbides de la ptose des viscères et que M. Glénard a si bien synthétisées dans un complexe symptomatique qui constitue la maladie qui porte aujourd'hui son nom.

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Marie Noël, 25 ans ; n'offre rien de particulier comme antécédents héréditaires ou pathologiques.

Réglée à 14 ans ; règles irrégulières ; la malade ne voyait à cet âge que les 5 ou 6 semaines ; pas de douleurs au moment des règles, a été toujours bien portante jusqu'à une grossesse survenue en 1884.

Une grossesse normale ; l'accouchement s'est fait à terme, sans manœuvre obstétricale en décembre 1884. La malade s'est levée le dixième jour après ses couches ; retour de couches a eu lieu six semaines plus tard.

Vers le milieu de janvier 1885, la malade a commencé à ressentir quelques douleurs sourdes dans le bas-ventre ; elles se montraient surtout pendant la marche, après une fatigue quelconque, et s'accompagnaient d'essoufflement, de palpitations ; parfois, au moment des règles ou quelques jours avant, survenaient des douleurs vives dans les reins et le bas-ventre, ainsi que dans les cuisses ; ces symptômes ont été en augmentant jusqu'à ce jour ; pas de fausses couches, pas de métrorrhagies.

État actuel. — Malade à faciès chlorotique ; éprouve des tiraillements douloureux dans tout le bas-ventre pour lesquels elle est allée à la consultation de la Pitié d'où on l'a renvoyée ici. Caractère triste, larmes faciles, insomnie, palpitations, arythmie cardiaque réflexe ; sensation de pesanteur dans le bas-ventre, tiraillements à la région épigastrique ; sensation de brûlure remontant le long de l'œsophage ; dilatation et atonie stomacales ; bruit de glouglou entendu au-dessous de l'ombilic ; vomissements fréquents ; polysarcie ; parois abdominales surchargées de graisse. Un peu de leucorrhée ; constipa-

tion alternant avec la diarrhée; pas de métrorrhagie ni de ménorrhagie.

Examen. — Si l'on fait pousser la malade, on note une *rectocèle* et une *cysto-uréthrocèle* assez accentuées; vagin très flasque; les deux doigts introduits pour l'exploration bimanuelle entrent très facilement, périnée très mince, pas de déchirure ancienne: le plancher pelvien semble bombé.

Au toucher on trouve: le col gros, congestionné. Dans l'axe, les lèvres du museau de tanche sont en ectropion, renversées en rebord de pot de chambre; l'utérus est en rétroflexion et abaissé au 1^{er} degré: hystérométrie: 8 cent.

Salpingo-ovarite catarrhale des deux côtés, et prolapsus exagéré des deux ovaires.

Examen avec les valves. — Confirme l'état du col reconnu par le toucher: pseudo-ulcération granuleuse formée par l'éversion de la muqueuse cervicale qui est rouge, inégale, parsemée de petites saillies kystiques; on note à gauche de l'orifice externe du col une cicatrice qui empiète sur le cul-de-sac vaginal qui à ce niveau est rétréci et manque de souplesse.

La malade est opérée quelques jours après son entrée à l'hôpital; on pratique les opérations combinées suivantes usitées en pareil cas: curettage, opération de Schröder sur le col, colporrhaphie antérieure et colpopérinéorrhaphie; pas d'Alexander; les résultats opératoires ont été excellents; réunion par première intention, sauf les derniers points voisins de l'anus; il en est résulté une solidité du plancher pelvien qui n'existait pas auparavant; la vulve est maintenant étroite et permet à peine l'entrée des deux doigts; plus de vomissements ni tiraillements épigastriques; le moral de la malade n'est plus aussi affecté; elle conserve encore au moment de sa sortie un peu de nervosisme et des palpitations.

OBSERVATION II (PERSONNELLE)

Valentine Gay-Cottet, femme de ménage, âgée de 33 ans, entrée à l'hôpital Lourcine-Pascal, le 5 juin 1885.

Rien de particulier au point de vue des antécédents héréditaires.

Réglée à 17 ans; à partir de cet âge, la malade n'a vu ses règles qu'une fois jusqu'à 18 ans; pas de leucorrhée; depuis l'âge de 18 ans jusqu'à sa 1^{re} grossesse (28 ans), les règles ont été normales, peu abondantes, sans pertes blanches.

1^{re} grossesse à 28 ans, normale, accouchement à terme, sans aucune manœuvre obstétricale; la malade s'est levée le 4^e jour; pas de retour de couches, la malade est redevenue enceinte 4 mois plus tard sans avoir vu ses règles.

2^{me} grossesse; accouchement à 7 mois, naturel, mais pénible, l'enfant ayant une tête très volumineuse; il est mort à deux mois? La malade s'est levée au 6^e jour; retour de couches au bout de six semaines. Après ce deuxième accouchement, les règles ont été normales, mais il est survenu une leucorrhée très abondante, sans douleur aucune.

3^{me} grossesse 1 an 1/2 plus tard; la malade a toujours été souffrante pendant cette 3^e grossesse, surtout dans les 4 premiers mois: douleurs dans la cuisse droite, la région lombaire et le bas-ventre; leucorrhée abondante; accouchement à 8 mois, difficile, déchirure du périnée n'atteignant pas le sphincter, ainsi que le révèle la cicatrice; la malade s'est levée 4 jours après ses couches; retour de couches 2 mois plus tard. Depuis que la malade s'est levée au 4^e jour, elle a commencé à ressentir des douleurs sourdes et continues dans toute la partie inférieure du ventre, surtout pendant la marche, ainsi qu'une grande faiblesse dans les reins; leucorrhée persistant depuis le dernier accouchement; pas de métrorrhagie ni de ménorrhagie. Cet état a été en augmentant jusqu'aujourd'hui, ce qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital.

État actuel (7 juin). — La malade est inquiète, nerveuse; elle pleure au moment où on veut l'examiner; quelques paroles de consolation la font éclater de rire; elle se plaint de douleurs névralgiques dans la région iléo-lombaire et les reins; céphalalgies fréquentes; sensation de brûlure au creux épigastrique avec irradiations vers l'œsophage; nausées, mais pas de vomissements; sensation de tiraillement dans le bas-ventre, la fosse iliaque droite et l'estomac; dilatation considérable de l'estomac; clapotage; constipation, la malade se fatigue facilement, elle dit que le bas-ventre lui pèse; insomnies; leucorrhée abondante; bien réglée.

Examen: La malade étant dans le décubitus dorsal, lorsqu'on lui dit de pousser on note une *cystocèle* et une *rectocèle* assez accentuée; la vagin est large, entr'ouvert; l'anus n'est séparé de la fourchette que par un périnée mince, cicatriciel, peu élastique; par le toucher, on sent que le col n'est éloigné de la vulve que par une distance de 5 centimètres environ; col dirigé en avant, *corps de l'utérus en rétroversion non adhérente*; le *toucher rectal* révèle la présence du corps de l'utérus dans la cavité de Douglas; la rétroversion se réduit facilement lorsqu'on appuie un peu fortement sur la partie antérieure du col; rien dans les annexes.

L'examen pratiqué avec les valves, nous démontre l'existence d'une métrite cervicale chronique, caractérisée par une grosseur inusitée du col, et un ectropion considérable; le mu-seau de tanche offre l'aspect d'un groin de porc, rouge, granuleux, ne saignant pas facilement, offrant en quelques points de petits kystes glandulaires, grisâtres; l'ouverture de ces kystes avec la pointe du bistouri laisse écouler un liquide transparent, visqueux. Hystérométrie: 7 centim 1/2.

Quelques jours après son entrée, la malade est opérée par M. le Dr Pozzi: curettage, abrasion de la muqueuse cervicale par la méthode de Schröder; raccourcissement des ligaments ronds par la méthode d'Alquié-Alexander, colporrhaphie antérieure et colpopérinéorrhaphie par le procédé d'Hegar.

Suites opératoires excellentes ; réunion par première intention ; un des fils du périnée a suppuré légèrement ; douleurs disparues ; le sommeil est revenu ; les sensations de tiraillements dans la fosse iliaque et le creux épigastrique n'existent plus ; bon appétit, constipation toujours opiniâtre.

Le périnée est solide, le vagin est celui d'une nullipare ; l'utérus est en antéversion.

OBSERVATION III

Communiquée par M. LAFITTE, interne des hôpitaux.

Relâchement de la sangle abdomino-pelvienne chez une multipare. — Dilatation de l'estomac. — Entéroptose. — Rectocèle. — Cystocèle. — Urétrocèle. — Cancer de l'utérus. — Mort. — Autopsie.

La nommée Julie B..., âgée de 49 ans, entre à l'hôpital Tenon, 7 juillet 1888, et est couchée salle Rayet, lit n° 12, dans le service de M. le Dr Moizard.

Père mort à 45 ans de maladie d'estomac, avec vomissement de sang et amaigrissement considérable. Il s'agit là probablement d'un cancer de cet organe.

Mère âgée de 72 ans, bien portante.

A deux frères, âgés de 35 et 38 ans, forts, vigoureux.

Réglée à 14 ans 1/2, elle a toujours eu des époques régulières jusqu'à l'âge de 25 ans où elle est enceinte pour la première fois. La grossesse fut pénible : vomissements intenses dès le début, douleurs irradiées dans les membres inférieurs ; varices très volumineuses. Elle paraît avoir eu de la fièvre après son accouchement et des phénomènes de phlébite qui la tinrent au lit pendant plus de trois mois. Son enfant élevé au biberon, est mort à l'âge de 4 mois avec des phénomènes athreptiques.

A 29 ans, deuxième grossesse, pénible aussi, mais non accom-

pagnée d'accidents puerpéraux. Son fils, âgé de 20 ans aujourd'hui, jouit d'une excellente santé.

A 34 ans, troisième grossesse et accouchement prématuré, à 7 mois 1/2. Enfant mort-né et macéré.

Depuis cette dernière grossesse, notre malade a toujours été plus ou moins souffrante. Ses règles sont devenues irrégulières et pénibles, extrêmement abondantes et formées d'un liquide sanguinolent et pâle. Douleurs hypogastriques et lombaires, très vives à chaque époque menstruelle, accompagnées d'irradiations crurales extrêmement pénibles.

A ce moment, elle se rend à la Pitié et consulte pour ces phénomènes douloureux. On lui dit qu'elle est atteinte d'endométrite chronique et d'abaissement de la matrice. On institue un traitement qui consiste dans les cautérisations du col et le port d'un pessaire ; elle est notablement soulagée.

La ménopause est arrivée à 45 ans et les phénomènes douloureux s'étaient très amendés depuis cette époque ; il ne lui restait qu'une sensation de gêne, de pesanteur dans l'abdomen et une certaine difficulté d'aller au cabinet.

Il y a 1 an, elle commence à maigrir et à perdre l'appétit. Quelque temps après se montrent des vomissements alimentaires survenant 10 minutes environ après le repas, et comprenant les aliments qu'elle venait d'ingérer. Pas de douleurs épigastriques ni de vomissements sanglants.

Il y a 6 mois, elle a une perte de sang extrêmement considérable qu'elle évalue à 1 litre ; son ventre devient douloureux et un peu ballonné ; elle se couche et l'hémorrhagie utérine s'arrête au bout d'une huitaine de jours.

Il n'y a pas eu de métrorrhagies depuis cette époque ; mais elles ont été remplacées par un écoulement blanc sale, roussâtre, parfois très fétide, malgré les injections répétées que se donne la malade.

L'appétit a peu à peu diminué depuis cette époque ; les forces ont décliné, une teinte jaune a coloré la peau, et elle entre à l'hôpital dans un état cachectique prononcé.

Aujourd'hui la malade qui s'offre à notre observation a la face jaune-paille, les yeux excavés, les muqueuses décolorées. Elle est extrêmement affaiblie et se soutient difficilement. Les masses musculaires se nourrissent mal et donnent sous le doigt qui les percute la raie caractéristique du myœdème. De nombreuses varices se voient à la partie inférieure des deux jambes ; les cuisses sont aussi sillonnées par des tractus variqueux de moindre importance, quoique bien marqués.

L'examen des organes génito-urinaires de notre malade permet de constater un affaissement marqué du plancher pelvien et un défaut de tonicité du système musculaire de cette région. La muqueuse vaginale fait saillie au dehors de la vulve qu'elle dépasse de 2 cent. environ ; cette hernie s'exagère notablement quand on invite la malade à pousser comme pour aller à la selle. L'urèthre forme une saillie conique au-dessous du capuchon clitoridien, et le méat baille entr'ouvert au milieu des plis de la muqueuse. La muqueuse du rectum est légèrement prolabée, et l'orifice anal est entouré d'un bourrelet hémorroïdaire induré. L'orifice vulvaire est fort peu résistant ; on peut y introduire 3 doigts sans éprouver la moindre constriction.

Le toucher vaginal permet de reconnaître que le col de l'utérus est très abaissé à 5 cent. de l'orifice vulvaire environ. Il est dur, bosselé, résistant surtout sur certains points. Le cul-de-sac droit est effacé et rempli par une tumeur de consistance assez dure faisant corps avec l'utérus. A gauche, on a la sensation d'une plaque de carton rigide. L'utérus n'est pas mobilisable ; le corps est volumineux et se perçoit nettement au-dessus du pubis, il ne paraît pas irrégulier. A l'inspection du col, on voit une petite ulcération sur la lèvre inférieure ; de l'orifice externe sort un liquide séro-sanguinolent d'odeur repoussante. Les divers procédés d'examen, surtout le toucher, provoquent une hémorrhagie assez considérable.

Les troubles gastriques sont marqués. La malade se plaint d'une sensation de pesanteur épigastrique, d'une sorte de corde

qui la ceindrait au niveau de l'ombilic. Les digestions sont lentes et difficiles ; depuis trois semaines cependant, les vomissements alimentaires sont disparus, et remplacés par des vomissements glaireux et verdâtres. L'appétit fait absolument défaut, surtout pour les matières azotées. L'examen de la région épigastrique fait voir une voussure manifeste en ce point ; la pression est douloureuse à ce niveau, ainsi qu'au niveau de l'hypocondre droit. On perçoit autour de l'ombilic un clapotement manifeste surtout quand on a fait ingérer quelques cuillerées d'eau à la malade ; la percussion de l'estomac donne un son tympanique très prononcé.

La masse intestinale est prolabée dans son ensemble ; le ventre est affaissé et fait deux saillies latérales au-dessus des fosses iliaques ; il est étallé, mollasse, bien qu'il n'y ait pas de surcharge adipeuse de la paroi de l'abdomen.

Le foie est assez volumineux ; il déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes droites ; mais il est aussi abaissé, car la zone de matité au niveau de la ligne mamelonnaire ne dépasse pas 10 centimètres. La palpation profonde et la percussion sous le rebord costal sont douloureuses.

L'examen du poumon est négatif.

Les battements du cœur sont lents et réguliers. La pointe bat dans le 5^e espace gauche en dehors et au-dessous du mamelon. Le premier bruit à la pointe est rude et prolongé. A la base, il y a un souffle manifeste au second temps, souffle doux, filé, se propageant vers la clavicule droite. Artères dures et sinueuses ; pouls bondissant.

Troubles trophiques du côté des membres inférieurs : desquamation de la peau des jambes et des pieds, varicosités capillaires sur la peau du métatarse, cannelure des ongles aux orteils.

La malade étant actuellement inopérable, on lui prescrit un traitement palliatif contre ses douleurs abdominales, ses troubles gastriques et la fétidité de son écoulement utérin.

10 juillet. Hémorrhagie légère coïncidant avec des douleurs abdominales plus vives. Glace, ergotine.

Le 15. Cachexie de plus en plus prononcée. Vomissements alimentaires. Écoulement horriblement fétide.

La malade s'éteint le 26 juillet dans le marasme et après avoir présenté une phlébite légère des veines du mollet gauche.

Autopsie, pratiquée le 28 juillet, 36 heures après la mort.

Nous laissons de côté le résultat de l'autopsie en ce qui regarde les viscères thoraciques, pour nous occuper de ce qui nous intéresse spécialement, c'est-à-dire des organes intra-abdominaux.

L'*utérus* est volumineux ; le col bosselé et ulcéré dans la partie inférieure du canal cervical offre à l'œil nu les lésions de l'épithéliome. Le corps est envahi aussi dans sa moitié inférieure et adhère aux organes voisins. Les culs-de-sac vaginaux sont dégénérés.

La vessie est dilatée et contient environ 1/2 litre d'urine épaisse. Les parois sont lâches et se laissent facilement distendre sous le doigt. Le canal de l'urèthre est volumineux, gros comme une plume à écrire, béant ; sa muqueuse est plissée et pâle. La muqueuse du vagin est blanchâtre, comme lavée et n'offre sous la main qui l'étend aucune résistance. Il en est de même de la muqueuse rectale qui fait issue à travers l'orifice anal.

L'uretère droit est dilaté dans sa partie inférieure ; en effet, au niveau du cul-de-sac vaginal, il était englobé par une masse de nouvelle formation.

Les deux *reins* sont de petit volume, granuleux à leur surface, mobiles dans la loge cellulo-adipeuse qui les entoure, mais non prolapsés. L'*estomac* est très volumineux, il descend comme un tablier derrière la paroi abdominale et la limite inférieure de sa grande courbure est située à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sa muqueuse est pâle, sillonnée par des tractus jaunâtres. Il contient un litre environ d'un liquide blanc grisâtre très fétide. En aucun point on ne trouve de lésion organique.

La *masse intestinale* forme un paquet qui descend jusqu'au-dessus du pubis ; le *côlon transverse*, obliquement situé dans

la cavité de l'abdomen, part du bord antérieur du foie pour se porter vers la fosse iliaque gauche. Il est volumineux et dilaté.

Le foie est peu volumineux : 1600 gr. ; mais il est fortement abaissé. Il offre à sa surface des traces de périhépatite ancienne et à la coupe une teinte jaune cireuse.

Réflexions. — Notre observation nous intéresse surtout au point de vue du relâchement du plancher pelvien et de la chute de la plupart des organes contenus dans la cavité pelvi-abdominale. Mais plusieurs causes nous paraissent pouvoir être invoquées pour expliquer cet affaïssissement morbide : d'abord les grossesses pénibles et répétées de notre malade — d'autant que la plupart des troubles dont elle se plaignait dataient de l'époque de sa dernière grossesse ; — ensuite le néoplasme utérin qui, en diminuant la vitalité de l'utérus et des autres organes, a contribué indirectement au relâchement de la sangle pelvienne ; enfin un état d'atonie spéciale du système musculaire lisse et strié se traduisant par les phénomènes morbides si nombreux qu'offrait notre malade : dilatation de l'estomac et entéroptose, abaissement de l'intestin et du côlon, chute des muqueuses vaginale, rectale et uréthrale ; enfin dilatations variqueuses généralisées.

OBSERVATION IV (PERSONNELLE)

Juliette Place, 27 ans, femme de ménage.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires et pathologiques.

Réglée à 15 ans, pas régulièrement ; pas de leucorrhée ; dysménorrhées douloureuses ; pas de métrorrhagies ni ménorrhagies.

Aucun autre trouble avant d'avoir accouché.

Une grossesse à 20 ans; cette grossesse a été très pénible; durant tout son cours, la malade n'a pas cessé d'éprouver des douleurs dans le bas-ventre; il y avait également une leucorrhée assez abondante.

Accouchement à terme; mais la malade a été en douleurs pendant trois jours; la sage-femme qui assistait à l'accouchement a dû faire venir un médecin à son aide; celui-ci, voyant qu'il avait affaire à une mauvaise présentation, a dû pratiquer la version et s'aider ensuite du forceps. Néanmoins la malade s'est levée le 4^e jour! A partir de ce moment, elle a commencé à ressentir une grande faiblesse accompagnée de vertiges, d'une sensation pénible de pesanteur dans le bas-ventre et de douleurs dans les reins; peu à peu est survenue une sensation de tiraillement à l'épigastre, et au niveau des attaches du diaphragme; douleurs névralgiques faciales et intercostales; douleur au niveau du coude droit du colon; gastralgie; sensation de brûlure à l'estomac, survenant surtout au moment des règles; dilatation de l'estomac; clapotement entendu à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; nausées, éructations, pas de vomissements; battements hépatiques; abaissement du foie; palpitations très fréquentes; arythmie cardiaque symptomatique de l'atonie de l'estomac; la malade est très nerveuse; crise hystériforme, larmes fréquentes et survenant pour la moindre contrariété; constipation opiniâtre, alternant parfois avec de la diarrhée; pas de troubles du côté de la vessie, si ce n'est une miction un peu fréquente. La malade prétend que tous ces troubles diminuent très considérablement par l'usage du corset; dès qu'elle enlève celui-ci les douleurs et autres troubles divers la reprennent.

A l'examen des organes génitaux externes et internes, on trouve: une vulve entr'ouverte, très large, séparée de l'anus par un périnée très mince et peu résistant; le vagin est obstrué par une *rectocèle* et une *cystocèle* prononcées; abaissement au 2^e degré de l'utérus qui est en rétroversion mobile;

hystérométrie : 8. Col de l'utérus volumineux violacé, allongé et abaissé ; les lèvres du museau de tanche sont en ectropion ; ces lèvres sont rouges, granuleuses ; cette muqueuse cervicale sécrète un muco-pus très abondant.

La cloison recto-vaginale semble raccourcie ; les parois rectale antérieure et vaginale postérieure sont séparées à leur partie supérieure par une tumeur molasse, qui laisse entendre un gargouillement lorsqu'on la comprime ; par le toucher rectal on sent facilement qu'elle n'est pas formée par le rectum ; il s'agit plutôt d'une entérocele vaginale postérieure.

Nota. — La malade est sur le point d'être opérée (colporraphie, colpopérinéorrhaphie, curettage, Schroeder, Alexander).

OBSERVATION V (PERSONNELLE)

Berthe Charpentier, âgée de 25 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident ; mère morte d'un cancer de l'estomac, une sœur cardiaque.

Antécédents pathologiques. — Fièvre cérébrale à l'âge de huit ans ; réglée à 13 ans ; depuis l'établissement de la menstruation la malade n'a jamais été réglée régulièrement ; *leucorrhée* constante ; règles irrégulières, tantôt le 15, le 20 ou le 30 du mois ; *dysménorrhée* très douloureuse. Le sang des règles est abondant et dure de 6 à 8 jours : sang pâle, sans plasticité.

1^{re} grossesse en 1886 ; pendant le cours de cette grossesse, la malade a eu beaucoup de douleurs dans le bas-ventre et les reins ; *accouchement* à 8 mois (présentation du siège) ; s'est levée le 4^e jour ; retour des règles au bout de cinq semaines, les règles sont revenues irrégulières, *leucorrhée* ; douleurs dans les reins, le bas-ventre et surtout la partie supérieure du ventre ; sensation douloureuse de tiraillements au creux épigastrique, au niveau des dernières côtes des deux côtés.

État actuel, 29 mai. — Nervosisme ; caractère irascible. pleurs

faciles ; insomnies, palpitations, vertiges, sensation de pesanteur dans le bas-ventre et remontant jusqu'à l'ombilic ; grande faiblesse accusée par la malade dans la région lombaire ; cette faiblesse est d'ailleurs générale ; gastralgie très douloureuse ; éructations après le repas ; l'exploration de l'estomac révèle sa dilatation (trois centimètres au-dessous de l'ombilic). Leucorrhée peu abondante en ce moment. Constipation opiniâtre, pas de troubles vésicaux.

Examen local. — On note un vagin flasque, vulve entr'ouverte, laissant voir la hernie de la vessie et du rectum sans qu'il soit besoin à la malade de faire des efforts d'expulsion ; périnée mince, peu résistant ; col de l'utérus dirigé en avant, abaissé ; ectropion ; corps de l'utérus en rétroversion mobile ; prolapsus des deux ovaires ; grande cavité utérine ; hystérométrie = 8 1/2.

La malade est partie sur sa demande sans avoir été opérée.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. BAUDRON, interne des hôpitaux.

Atonie du système musculaire pelvi-abdominal. — Rectocèle, cystocèle, uréthrocèle. — Entéroptose. — Troubles nerveux et digestifs.

La nommée Maria J..., entre à l'hôpital Pascal, salle A, service de M. le Dr Pozzi, et est couchée au lit n° 1.

C'est une femme de 32 ans, d'un embonpoint extraordinaire.

Réglée à 11 ans, elle a toujours eu une menstruation parfaitement régulière.

Mariée à 21 ans, elle a eu 5 enfants. L'aîné a 9 ans 1/2 ; le plus jeune, 13 mois.

Les quatre premières grossesses se sont très bien passées. Dans toutes cependant, l'accouchement a été laborieux et le travail très long. La malade se levait du 6^e au 7^e jour.

La dernière grossesse, au contraire, a été pénible. Dès le début, la malade eut des vomissements intenses. Plus tard, des douleurs irradiées dans tout l'abdomen, vers les lombes, les cuisses. En même temps, une fatigue extrême qui l'obligea à suspendre son travail les 3 derniers mois de sa grossesse. L'accouchement fut comme les précédents, très laborieux. Le travail dura 14 heures.

Au 5^e jour la malade se levait et reprenait ses occupations. Mais les douleurs qu'elle avait éprouvées durant sa grossesse persistèrent; d'abord sourdes et se montrant surtout après une fatigue ou deux ou trois jours avant les règles, elles prirent peu à peu un caractère plus aigu. C'était surtout une sensation de pesanteur, de tension épigastrique qui dominaient la scène.

En même temps apparut une leucorrhée très abondante. Les règles augmentèrent d'abondance; elles durèrent jusqu'à 10 jours.

Depuis son dernier accouchement, la malade se plaint d'éprouver des troubles digestifs.

Son appétit est devenu capricieux, irrégulier. Les repas sont suivis de pesanteur à l'épigastre, d'éruptions acides. La constipation est constante et difficile à dominer.

Tels sont dans leur ensemble les phénomènes douloureux qui amènent notre malade à l'hôpital.

Examen. — Dès que la malade est assise par le spéculum on constate que la compression vaginale fait hernie au niveau de la vulve. La rectocèle surtout est considérable, la cystocèle est moins accentuée. Il existe un léger degré d'uréthrocèle.

Le col de l'utérus est à peine à 3 cent. de la vulve. Il regarde en arrière, est gros, et son orifice entr'ouvert est limité par des bords nus, bourrés de petits kystes.

L'utérus en subinvolution est fortement antéfléchi, la cavité mesure 8 cent. 1/2.

Les annexes sont douloureuses à la pression, mais paraissent saines.

L'examen de la malade est d'ailleurs rendu extrêmement dif-

ficile par l'épaisseur extraordinaire de la paroi abdominale qui cependant est flasque et dépressible.

Le doigt introduit dans le rectum tombe dans une vaste poche formée par l'intestin extrêmement dilaté au delà du sphincter.

A la suite de cet examen qui a duré 10 minutes la malade est prise d'une crise nerveuse.

L'observation ultérieure permit d'ailleurs de constater l'état nerveux de cette malade.

Il ne se passait pas de journée qu'elle ne pleurât à plusieurs reprises pour les motifs les plus futiles, pour la plaisanterie la plus légère.

La nuit son sommeil était des plus agités, entrecoupé de rêves bizarres.

Un examen plus complet permit de constater que le foie s'abaissait de deux travers de doigt au-dessous du rebord costal.

L'estomac descendait jusqu'au niveau de l'ombilic.

Il existait en somme chez cette malade un relâchement complet non seulement de tout le système musculaire pelvien, mais encore de tout l'appareil de suspension du tube digestif. La paroi abdominale elle-même participait à cette flaccidité, et si l'on ajoute que les dilatations variqueuses des veines des deux membres inférieurs étaient considérables, on peut dire qu'on se trouvait en présence d'une véritable atonie de tout le système musculaire lisse strié.

L'opération (colporrhaphie antérieure et postérieure après excision du col utérin et curettage) qui lui fut proposée fut d'abord accueillie favorablement. Sa résolution se modifia bientôt; après de nombreuses tergiversations, elle refusa toute intervention et quitta l'hôpital le 23 juin dans le même état qu'elle y était entrée.

OBSERVATION VII (PERSONNELLE)

La nommée Boin (Maria), âgée de 31 ans, est rentrée à l'hôpital Pascal le 25 juin; on ne trouve chez elle rien de particu-

lier au point de vue des antécédents pathologiques et héréditaires, si ce n'est une sœur sujette à de fréquentes crises d'hystérie pour lesquelles elle a été soignée à la Salpêtrière.

Réglée à 14 ans, elle a commencé par voir une fois ses règles, puis celles-ci ont cessé pour ne revenir qu'un an plus tard ; pas de leucorrhée ; dysménorrhée très douloureuse, ménorrhagies, pas de métrorrhagies ; à part ces symptômes survenant au moment des règles, elle n'éprouvait aucun des signes qui existent actuellement jusqu'au jour où elle a eu un enfant ; pas de fausse couche.

1^{re} grossesse en août 1887, normale ; accouchement à terme, sans manœuvre aucune, cependant a été pénible, a duré 12 heures ; présentation du sommet ; la malade s'est levée 2 heures après pour se recoucher quelques instants plus tard ; mais à partir du 2^e jour, elle s'est levée très souvent. Le retour des couches a eu lieu 15 mois plus tard (allaitement) ; les règles sont alors revenues régulières, mais peu abondantes et formées d'un sang pâle ; pas de métrorrhagies. Quinze jours environ après l'accouchement, la malade a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre, avec prédominance dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs sourdes, continues, par instants lancinantes, existaient également dans la région épigastrique, les reins, la région du foie ; elles se faisaient sentir dans tout l'abdomen après une légère fatigue et disparaissaient par le repos au lit ; sensation de grande faiblesse dans la région lombaire, au niveau de l'attache des ligaments du foie. Pas de vomissements ; dilatation de l'estomac, digestions relativement faciles ; constipation opiniâtre ; sensation pénible de pesanteur au niveau du plancher pelvien ; élancements douloureux dans la partie inférieure du rectum ; pollakiurie ; la malade se lève de trois à quatre fois pour uriner ; essoufflement ; palpitations. Polysarcie ; la paroi abdominale est très épaisse.

Examen des organes génitaux. — Pas de cicatrice du périnée ; vagin large et flasque ; les parois vaginales antérieure et postérieure font hernie dans le vagin ; lorsque la malade pousse, la

cystocèle et la rectocèle font issue au dehors de la vulve; col de l'utérus allongé, hypertrophié, ectropion; kystes glandulaires faisant saillie dans la cavité cervicale qui permet l'introduction du bout de l'index; cicatrice à gauche de l'orifice externe, utérus en rétroversion mobile; hystérométrie = $8 \frac{1}{2}$; leucorrhée assez abondante, double salpingite catarrhale; l'ovaire droit est très douloureux, très dur, adhérent dans le cul-de-sac de Douglas. On a pratiqué à cette malade les opérations suivantes: curettage, Schröder, opérations plastiques sur le vagin, Alexander.

Les résultats opératoires ont été excellents; la malade ne conserve plus qu'une constipation opiniâtre, quelques douleurs dans la fosse iliaque droite; les phénomènes nerveux, les douleurs stomacales, les troubles vésicaux ont totalement disparu.

OBSERVATION VIII (PERSONNELLE)

Victorine Hénaff, âgée de 29 ans, est entrée à l'hôpital de Lourcine-Pascal, le 27 juin 1889; elle ne présente rien de particulier au point de vue des antécédents héréditaires; comme antécédents pathologiques, syphilis ancienne. La malade a toujours été bien portante avant sa 1^{re} grossesse.

Réglée à 16 ans, régulièrement, pas de leucorrhée. Elle a eu quatre grossesses:

1^{re} grossesse en 1883; cette grossesse a été normale, sans douleurs; l'accouchement s'est fait à terme, sans forceps ni manœuvre aucune; présentation du sommet; la malade s'est levée 9 jours après; le retour des règles a eu lieu six semaines plus tard; la malade, à partir de ce moment, a commencé à ressentir des douleurs sourdes dans le bas-ventre et les reins, accusées surtout au moment des règles; celles-ci ont augmenté en durée et en quantité. En 1884, elle fait une fausse couche de trois mois; elle s'est levée 9 jours après, perdant du sang presque continuellement; ces pertes ont duré un mois environ, puis

ont cessé ; à partir de cette époque, ménorrhagies très abondantes, les règles durant 12 à 15 jours ; parfois pertes sanguines occupant toute une période intermenstruelle ; ces pertes n'ont pas cessé jusqu'à la grossesse suivante.

3^e grossesse en 1887 ; elle s'est bien passée ; accouchement à terme, sans manœuvres ; présentation de la face (?) ; légère déchirure du périnée ; la malade s'est levée 18 jours après ; le retour des couches s'est fait six semaines après ; depuis ce moment il est survenu des ménorrhagies avec douleurs dans le bas-ventre, irradiées dans les reins et les cuisses ; sensation de pesanteur dans le petit bassin ; constipation opiniâtre, douleurs constrictives dans tout le ventre et surtout au creux épigastrique.

4^e grossesse survenue en septembre 1888, normale ; accouchement à terme dans le service d'accouchement du Dr Pozzi, à Lourcine ; pas de manœuvres obstétricales, présentation du sommet ; la tête de l'enfant étant très volumineuse, l'accouchement a été long et pénible ; déchirure du périnée ; la malade s'est levée le 13^e jour.

État actuel. — La malade se plaint surtout de tiraillements douloureux au creux épigastrique et dans tout le ventre ; elle éprouve une grande faiblesse dans les reins après la moindre fatigue ; cette faiblesse s'accompagne d'un *point de côté* siègeant au niveau du bord inférieur de la dernière côte droite ; névralgies intercostales, iléo-lombaire, anale, caractère à tendance hypochondriaque ; insomnies ; dilatation de l'estomac considérable, nausées, éructations acides, pyrosis, après les repas même légers ; la malade supporte bien le lait ; en recherchant le clapotage, celui-ci s'entend à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; constipation très opiniâtre ; palpitation, arythmie cardiaque symptomatique de l'atonie stomacale.

Examen des organes génitaux. — Vulve très large, entr'ouverte, laissant voir le col très abaissé et dirigé en avant ; le simple toucher révèle l'existence d'un ectropion considérable ;

par la palpation bimanuelle on note également une augmentation de volume de l'utérus qui est en rétroversion avec une légère flexion ; hystérométrie = 8 ; à la vue on remarque qu'il existe une cystocèle avec uréthrocèle, ainsi qu'une rectocèle manifeste surtout lorsqu'on dit à la malade de pousser ; cicatrice étendue de la fourchette à l'anus ; le périnée est très mince et à peine élastique.

On se propose de faire à la malade une consolidation de son plancher pelvien par la combinaison des opérations suivantes : Schröder, curettage, colporraphie antérieure, colpopérinéorrhaphie, Alexander.

OBSERVATION IX

Affaissement du plancher pelvien. — Abaissement de l'utérus. — Cystocèle. — Prolapsus de la paroi abdominale. — Dilatation de l'estomac. — Douleurs névralgiques irradiées. — Traitement par le port d'un pessaire et d'une ceinture hypogastrique. — Guérison momentanée. — Rechute. — Opération d'Alexander et colpopérinéorrhaphie.

La nommée B..., Henriette, âgée de 33 ans, entre le 23 mars 1887 à l'Hôtel-Dieu (annexe). service de M. le professeur Cornil, et est couchée salle St-Landry, lit n° 21.

Père mort à 47 ans de tuberculose pulmonaire, mère bien portante jusqu'à l'âge de 58 ans. Depuis cette époque (elle a 63 ans aujourd'hui) elle a une chute de l'utérus qui la gêne horriblement et l'empêche parfois de marcher. Elle a été trois fois en traitement à l'Hôtel-Dieu pour cette affection.

A 3 sœurs de 22, 26, 28 ans, toutes mariées et mères de famille, bien portantes.

Notre malade a été réglée à 15 ans et demi. Les règles ont toujours été régulières, mais abondantes et assez douloureuses, s'accompagnant d'une sensation de douleur hypogastrique et

lombarre très vive. Mariée à 23 ans, elle a fait deux fausses couches de 3 mois environ dans la première année de son mariage, puis elle a accouché à terme de deux garçons, l'un âgé de 6 ans, l'autre de 4. Les suites de couches ont été très pénibles ; au premier accouchement, elle a eu une rupture du périnée presque totale, dont la cicatrice blanc nacré est encore visible.

Depuis deux ans, sa menstruation est fort irrégulière, elle reste deux à trois mois de suite sans que les règles apparaissent, et quand elles se montrent, elles sont toujours abondantes et très douloureuses.

Depuis un an elle se plaint de douleurs dans la région épigastrique, quelque temps après l'ingestion des aliments ; elle a souvent du pyrosis, des nausées et des vomissements glaireux. Elle va difficilement à la selle et souffre très fort quand elle expulse les matières fécales. Elle a eu aussi quelques troubles vésicaux caractérisés surtout par une fréquence d'uriner remarquable et quelques douleurs hypogastriques, à la fin de la miction.

Aujourd'hui la malade se présente à nous dans un état de santé florissant en apparence. En effet, elle est de corpulence épaisse, avec une surcharge graisseuse sous-cutanée très marquée. Ses seins, très volumineux, sont pendants ; la paroi abdominale épaisse et jaunâtre forme un vrai bourrelet au niveau de la partie supérieure des cuisses.

Les grandes lèvres sont infiltrées de graisse, volumineuses et procidentes ; les petites lèvres, pigmentées et flétries, font une vraie hernie entre les précédentes. Le col de l'utérus est volumineux, abaissé ; l'orifice externe, dilaté, permet l'introduction de la pulpe de l'index. La lèvre postérieure du col, courte, offre une ulcération superficielle large de 2 centim. environ. Par l'orifice externe s'écoule une masse jaune, glaireuse, extrêmement adhérente dans la cavité cervicale. Le corps de l'utérus paraît volumineux à l'exploration bimanuelle. A l'hystéromètre, il marque 9 centimètres de longueur.

La vessie fait une saillie notable dans la cavité du vagin dont

la muqueuse est pâle et déplissée. Il en est de même de la paroi rectale qui tend à tomber dans le vagin. Le toucher rectal permet de découvrir une large dilatation sus-sphinctérienne correspondant aux points où la paroi fait pour ainsi dire hernie dans la cavité vaginale.

Les selles sont régulières et difficiles, il y a d'ordinaire de la constipation, quelques douleurs légères à la fin de la miction.

L'estomac est dilaté, ainsi que l'indiquent la sonorité exagérée de la région épigastrique, le clapotement entendu au delà des limites physiologiques, les troubles de l'appétit caractérisés par le dégoût des aliments solides et les vomissements glaireux dont souffre la malade. Les nodosités de Bouchard sont d'ailleurs très manifestes chez notre sujet.

Des douleurs rénales et lombaires très vives se montrent même en dehors des époques menstruelles avec irradiation du côté des fesses et des cuisses. Il y a souvent des douleurs intercostales et certains points douloureux à la face qui peuvent faire songer à la névralgie trifaciale.

Le cœur bat régulièrement à 60 pulsations par minute. Rien aux poumons, aux plèvres ni à la rate.

Le foie est douloureux à la percussion et son bord libre déborde de 1 travers de doigt le rebord des fausses côtes droites.

Pour combattre les phénomènes d'affaissement du plancher pelvien et la chute de la paroi abdominale, nous appliquons un pessaire de Hodge à la malade, et nous lui conseillons l'emploi continu d'une large ceinture hypogastrique. Les résultats de ce traitement palliatif ont été surprenants par leur rapidité. Les douleurs gastriques, lombaires et crurales ont cessé au bout d'une semaine environ ; les troubles gastriques se sont amendés ; l'époque cataméniale s'est passée sans vives douleurs ; et les phénomènes morbides du côté du rectum et de la vessie ont complètement disparu. Ce résultat si remarquable nous étonna ; et nous tenions à savoir s'il serait durable ; nous gardâmes la malade environ un mois et demi dans la salle, et son état resta toujours excellent. Au bout de ce laps de temps,

elle se considéra comme guérie et réclama impérieusement une sortie que nous ne pouvions raisonnablement lui refuser.

Nous avons su par un de nos collègues dans les hôpitaux que cette malade, ayant repris ses occupations pénibles, perdit au bout de quelque temps le bénéfice du traitement auquel nous l'avions soumise. Elle a été admise dans un service de gynécologie spécial et a subi l'opération d'Alexander et la colpopérinéorrhaphie. Le succès de l'opération a été complet, et le résultat immédiat excellent, d'après ce qu'on nous a rapporté.

CONCLUSIONS

I. — Dans certains cas, qui constituent la minorité, l'entéroptose et son syndrome habituel, la neurasthénie, peuvent être primitifs et constituent l'entité morbide qui a reçu le nom de maladie de Glénard ; ainsi considérée l'entéroptose et ses variétés (rein flottant, foie mobile, splénoptose, gastropiose (dilatation), métopiose, ainsi que les manifestations morbides de ces états qui créent la neurasthénie, comportent l'usage de la ceinture hypogastrique comme traitement ; la ceinture agit ici comme moyen de relèvement et de soutien des organes abdominaux prolapsés.

II. — A côté de ces cas, qui, avons-nous dit, constituent la minorité, il faut placer ceux où la ptose viscérale résulte d'un affaiblissement plus ou moins marqué du plancher pelvien ; supposons la cavité abdomino-pelvienne représentée par le chiffre 10 ; qu'il survienne un affaissement du plancher pelvien, cette cavité sera dès lors représentée par le chiffre 12, 13, 14, etc., suivant la résistance plus ou moins grande du diaphragme pelvien ; cet affaissement du plancher pelvien entraîne l'abaissement de la vessie, du rectum, de l'utérus et de ses annexes ; il en résulte une dislocation de statique utéro-pelvienne, la masse gastro-intestinale et le péritoine sont eux-mêmes prolapsés et exercent des tiraillements sur les ligaments qui

fixent les organes, soit entre eux, soit aux parois de la cavité abdomino-pelvienne; ce sont ces tiraillements qui déterminent les nombreux symptômes neurasthéniques de l'entéroptose.

III. — La ptose viscérale s'observe chez les femmes dans une proportion de 60 0/0; *les causes indirectes de l'entéroptose et directes de l'affaiblissement du plancher pelvien relèvent le plus souvent de l'accouchement*; présentations vicieuses, accouchement difficile avec manœuvres obstétricales, déchirure du périnée, et surtout la marche et la fatigue trop hâtives après l'accouchement; souvent l'inflammation vient jouer un grand rôle en se surajoutant à ces diverses causes.

IV. — La ceinture hypogastrique ou le traitement de Weir-Mitchel ne jouent dans ces cas qu'un rôle purement palliatif; le traitement radical consiste dans la restauration du diaphragme pelvien par les opérations plastiques ou autres pratiquées sur le périnée, le vagin, l'utérus et ses annexes (colporrhaphie, colpopérinéorrhaphie, opération de Schröder, opération d'Alquié-Alexander, hystéropexie).

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,
PETER.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

